

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 juillet 2012

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Thalmann et M. Merz
Greffière : Mme Pradervand

Cause pendante entre :

U. _____ **SA**, à [...], recourante, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne,

et

L. _____ **SA**, à Lausanne, intimée,

et

O. _____, à [...], tiers intéressé.

Art. 6 al. 1 LAA; 11 OLAA

E n f a i t :

A. O. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1977, a été engagé le 1^{er} juillet 2008 auprès de la Fondation W. _____ en qualité de cuisinier. En cette qualité, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de L. _____ SA (ci-après: L. _____ SA ou l'intimée). Avant cette date, il oeuvrait auprès de J. _____ SA et était assuré à ce titre auprès d'U. _____ SA (ci-après: U. _____ SA ou la recourante).

Par déclaration d'accident LAA du 10 décembre 2010, la Fondation W. _____ a indiqué que le 8 décembre 2010 à 22h00, alors qu'il était couché à son domicile, l'assuré avait fait un faux mouvement et était tombé. La partie du corps atteinte était l'épaule droite. Il était précisé que l'épaule était fragilisée à la suite d'un accident de snowboard survenu dix ans auparavant.

Les premiers soins ont été donnés le soir même auprès de l'Hôpital T. _____, Site de [...], où l'assuré a été hospitalisé du 8 au 9 décembre 2010. Le 9 décembre 2010, il a subi une réduction de la luxation de l'épaule droite sous anesthésie générale (cf. protocole opératoire des Drs K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et G. _____, chef de clinique adjoint, du 17 février 2011).

Le 20 décembre 2010, l'employeur de l'assuré a adressé à L. _____ SA un certificat médical à teneur duquel il présentait une incapacité de travail totale du 9 au 26 décembre 2010.

Le Dr C. _____, radiologue, a procédé à une arthro-IRM de l'épaule droite de l'assuré le 22 décembre 2010, en précisant qu'il s'agissait d'un bilan après un troisième épisode de luxation. Selon son rapport du 23 décembre 2010 au Dr K. _____, il n'avait pas constaté de fuite au niveau de l'espace sous-acromio-deltaïdien. Quant à l'examen IRM, il avait confirmé l'absence de rupture transfixiante au niveau de la

coiffe des rotateurs. Il n'y avait en outre pas de contraste retrouvé dans l'espace sous-acromio-deltoidien. Le Dr C._____ notait encore ce qui suit:

«Sur les coupes transverses, on visualise une fracture-impaction sur la portion postéro-supérieure de la tête humérale avec un léger œdème intra-osseux en regard de cette zone d'impaction de Hill-Sachs. Cette séquence transverse montre un bourrelet glénoïdien postérieur tout à fait régulier, en place, le bourrelet glénoïdien antérieur est pratiquement inexistant, tronqué, soit hypoplasique, soit emporté au cours d'un des épisodes de luxation. Le ligament gléno-huméral moyen est identifié, il est possible qu'il y ait une petite avulsion périostée au niveau de son insertion. Le labrum supérieur n'apparaît pas déchiré. Le tendon du long-chef du biceps est en place dans sa gouttière, il est bien repéré. Le tendon du sous-épineux n'est pas rompu tout comme le tendon du sous-scapulaire. Les différents muscles de la coiffe ont une très bonne trophicité sans composante d'atrophie.

Conclusion:

Fracture-impaction avec un très léger œdème associé, de type Hill-Sachs sur la face postéro-supérieure de la tête humérale. Pas de déchirure de la coiffe des rotateurs. Aspect totalement tronqué du bourrelet glénoïdien antérieur qui n'apparaît plus reconnaissable alors que le bourrelet glénoïdien postérieur est bien identifié. Pas de fracture démontrée sur la glène. Possible petit soulèvement périosté au niveau de l'insertion du ligament gléno-huméral moyen.»

Répondant aux questions de L._____SA le 23 décembre 2010, l'assuré a expliqué qu'à l'origine, il avait rencontré des problèmes à l'épaule droite lorsqu'il avait reçu un snowboard sur cette épaule et chuté. Le problème s'était ensuite aggravé à l'occasion de plusieurs chutes, l'assuré précisant à cet égard que son ancien assureur-accidents était U._____SA. L'intéressé relevait encore qu'il serait à nouveau capable de travailler le 27 décembre 2010, mais que le Dr K._____ lui conseillait une opération.

Par rapport médical initial LAA du 10 janvier 2011, le Dr D._____, médecin assistant à l'Hôpital T._____, a posé le diagnostic de luxation gléno-humérale droite non compliquée, en précisant qu'il s'agissait du troisième épisode. Le patient avait présenté une incapacité de travail totale du 8 au 26 décembre 2010. Le Dr D._____ renvoyait pour le surplus au Dr K._____ quant à la suite du traitement.

L. _____ SA a soumis le cas de l'assuré à son médecin-conseil. Ce dernier a relevé dans son rapport du 25 janvier 2011 qu'il existait des facteurs étrangers à l'accident, à savoir une luxation récidivante, la première luxation étant responsable des lésions ultérieures. Le même jour, L. _____ SA a fait savoir à l'employeur de l'assuré qu'elle prenait le cas en charge. Elle lui a ainsi alloué des indemnités journalières de l'assurance-accidents à raison d'une incapacité de travail totale du 11 au 26 décembre 2010 et a pris en charge les frais d'hospitalisation. Le 25 janvier 2011, L. _____ SA a encore requis des compléments d'information de la part de l'assuré, à savoir en particulier la date de son accident de snowboard, l'assurance qui était intervenue et l'a invité à lui faire savoir si ses chutes ultérieures avaient été annoncées à l'assureur-accidents. Par courrier du 7 février 2011, l'assuré a expliqué que le premier accident de snowboard était survenu le 13 octobre 1998 et les accidents suivants en août 1999, août 2001 et mai 2005, tous les cas ayant été pris en charge par U. _____ SA.

B. Le 9 février 2011, l'employeur de l'assuré a adressé à L. _____ SA une nouvelle déclaration d'accident, en expliquant qu'à la suite de l'accident [du 8 décembre 2010], une opération était prévue le 2 mars 2011 à l'épaule droite.

Le 14 février 2011, L. _____ SA a fait savoir à l'employeur de l'assuré demeurer dans l'attente du rapport de son médecin-conseil afin que ce dernier se prononce sur le lien de causalité de l'opération prévue avec l'accident du 8 décembre 2010. Le même jour, L. _____ SA s'est adressée à U. _____ SA pour qu'elle lui remette les déclarations d'accident et les dossiers médicaux de l'assuré relatifs aux accidents intervenus en 1998, 1999, 2001 et 2005.

Dans un rapport médical du 17 février 2011, les Drs K. _____ et D. _____ ont diagnostiqué une troisième récurrence de luxation antérieure de l'épaule droite opérée le 9 décembre 2010 (réduction de la luxation de l'épaule sous anesthésie générale), avec incapacité de travail à 100% jusqu'au 26 décembre 2010 inclus.

Par rapport médical initial LAA du 21 février 2011, le Dr K._____ a rappelé le diagnostic de troisième récurrence de luxation antérieure de l'épaule droite. Il a noté qu'une première opération avait eu lieu le 9 décembre 2010 (réduction de luxation de l'épaule sous anesthésie générale) et qu'une opération était prévue le 2 mars 2011, à savoir une arthroscopie de l'épaule ainsi qu'une opération stabilisante Bankart par arthrotomie.

Par courrier du 25 février 2011 à l'Hôpital B._____, L._____SA a fait savoir que la garantie d'hospitalisation requise le 20 février 2011 ne pouvait être donnée, dans la mesure où l'intervention prévue [le 2 mars 2011] n'était pas en lien de causalité avec l'accident du 8 décembre 2010. Par décision du même jour, L._____SA a informé l'assuré que l'examen de son dossier médical ne démontrait pas l'existence d'un rapport de causalité entre l'accident du 8 décembre 2010 et les lésions à l'épaule droite qui allaient être opérées [le 2 mars 2011]. De l'avis de son médecin-conseil, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lesdits troubles étaient préexistants à l'accident du 8 décembre 2010, lequel n'avait pu que décompenser la situation, au plus tard jusqu'au 26 décembre 2010. L._____SA relevait encore qu'il était possible que ses troubles soient en rapport avec les accidents subis précédemment, lui laissant le soin d'annoncer une éventuelle rechute à U._____SA.

Le 28 février 2011, U._____SA a communiqué à L._____SA les documents demandés par celle-ci le 14 février 2011, à savoir les pièces suivantes:

- la déclaration d'accident LAA du 25 novembre 1998, selon laquelle l'assuré, en faisant du snowboard, avait fait un saut et était tombé sur une plaque de glace le 13 octobre 1998, se blessant à l'épaule droite,
- le rapport médical initial LAA du Dr Q._____ du 11 décembre 1998, qui a diagnostiqué une luxation antéro-interne de l'épaule droite, constatant une incapacité de travail totale dès le 13 octobre 1998,

- la déclaration d'accident LAA du 13 juillet 2000, selon laquelle l'assuré était tombé à son domicile le 15 août 1999 et s'était luxé l'épaule droite,
- le rapport médical initial LAA du 8 septembre 2000 du Dr V._____, chirurgien, qui a posé le diagnostic de luxation antérieure de l'épaule droite et qui a fait état d'une incapacité de travail de 100% dès la date de l'accident (15 août 1999), avec reprise du travail le 24 août 1999,
- un rapport médical du Dr V._____ à U._____SA du 11 octobre 2000, selon lequel l'assuré avait bénéficié le 15 août 1999 d'une réduction en urgence après luxation antérieure de l'épaule droite,
- un rapport médical du Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à U._____SA du 2 février 2001, qui a relevé que l'événement du 15 août 1999 devait être considéré comme une lésion assimilée au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202), le statu quo sine après ce type de lésion devant être rétabli dans les trois mois dès l'événement, précisant que le bilan radiologique réalisé le 15 août 1999 montrait un remaniement de l'humérus proximal de même qu'une image compatible avec un arrachement du bord inférieur de la glène qui étaient anciens, notant encore que l'événement du 15 août 1999 pouvait être responsable d'un phénomène de luxation antérieure d'une épaule saine,
- une déclaration d'accident LAA du 2 septembre 2001, selon laquelle le 19 août 2001, dans son lit, l'assuré s'était sorti l'épaule droite en dormant, avec une incapacité de travail totale de la date de l'événement au 1^{er} septembre 2001,
- un rapport médical initial LAA du 5 septembre 2001 du Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a posé le diagnostic de troisième luxation de l'épaule droite sur instabilité de cette épaule, relevant que l'assuré avait eu une première luxation de l'épaule droite en snowboard en 1999 avec immobilisation deux ou trois semaines, une deuxième luxation en 2000 en tombant d'un canapé et une troisième luxation le 19 août 2001. Le Dr S._____ proposait dès lors une cure de luxation récidivante de l'épaule, en notant ce qui suit en gras sur son rapport: «Veuillez me confirmer que

vous prenez en charge une éventuelle opération de luxation récidivante puisque c'est vous qui avez assuré le 1^{er} accident en 1999»,

- un avis du médecin-consultant d'U. _____ SA du 13 septembre 2001 à la teneur suivante: «- L'acc principal sur l'épaule D est survenu le 13 octobre 1998

2^{ème} acc en 1999 probablement adéquat?

Depuis lors, se luxe sans arrêt

=> Op à votre charge concernant l'épaule D!»

- une déclaration de sinistre LAA du 6 juin 2005, selon laquelle l'assuré s'était luxé l'épaule droite en jouant au frisbee le 25 mai 2005, le travail ayant été repris le 4 juin 2005,

- un rapport médical initial LAA du Dr A. _____, spécialiste en médecine interne générale, du 14 juin 2005 qui a diagnostiqué une luxation antérieure de l'épaule droite,

- un rapport médical du Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, au Dr A. _____ du 15 juin 2005, selon lequel l'indication à une opération de stabilisation était posée,

- un rapport médical du Dr H. _____ du 23 août 2005 qui a diagnostiqué un troisième épisode de luxation antérieure récidivante de l'épaule droite, avec proposition de cure de luxation récidivante selon Bankart,

- un rapport médical du Dr H. _____ du 25 octobre 2005,

- un avis du 8 novembre 2005 du médecin-consultant (Dr R. _____) d'U. _____ SA, à la teneur suivante:

«1) vu que l'opération pour l'épaule D n'a jamais été faite => la causalité reste valable => probable

D'autant plus que le dernier événement est révélateur d'une instabilité mais non approprié pour luxer une épaule normale => op. à votre charge».

Le 8 mars 2011, U. _____ SA a formé opposition à la décision de L. _____ SA, qu'elle a motivée le 20 juin 2011, en faisant valoir que si L. _____ SA estimait qu'elle devait intervenir, U. _____ SA aurait dû être impliquée immédiatement dans le processus de décision. Elle a expliqué en outre qu'elle était d'avis que l'intervention [du 2 mars 2011] incombait

à L._____SA, dès lors que l'assuré ne rencontrait plus de problème à son épaule depuis des années et que c'était à la suite de son accident du 8 décembre 2010 que l'opération avait été programmée et effectuée.

Par décision sur opposition du 3 octobre 2011, L._____SA a rejeté l'opposition d'U._____SA, en précisant que c'était à juste titre qu'elle avait mis un terme à ses prestations le 26 décembre 2010 et avait refusé d'intervenir pour l'intervention du 2 mars 2011 et ses suites. En substance, elle a relevé que l'assuré avait été victime de quatre autres accidents à l'épaule droite en 1998, 1999, 2001 et 2005, tous pris en charge par U._____SA. Se fondant sur l'avis médical de son médecin-conseil, le Dr F._____, du 22 février 2011, elle a estimé que le premier événement accidentel du 13 octobre 1998 était responsable des lésions traumatiques entraînant des luxations récidivantes de l'épaule droite. Elle a encore observé que l'accident du 8 décembre 2010 n'était pas la cause des lésions qui ont justifié l'intervention de stabilisation de cette épaule le 2 mars 2011, laquelle avait déjà été proposée par des médecins par le passé (depuis 2001), les prises de position du médecin-conseil d'U._____SA des 13 septembre 2001 et 8 novembre 2005 mettant d'ailleurs à charge d'U._____SA cette intervention.

C. Par acte du 3 novembre 2011, U._____SA, représentée par l'avocat Didier Elsig, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à son annulation, la prise en charge du cas de l'assuré persistant à être à la charge de l'intimée L._____SA au-delà du 26 décembre 2010, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire. En substance, elle allègue que le dernier événement traumatique pris en charge par U._____SA remontait à 2005, soit à près de six ans, qu'il n'y avait alors pas d'altération anatomique de l'épaule droite décelée après l'accident de 2005, contrairement à l'événement de 2010, et que déjà lors de la réduction du 9 décembre 2010, le Dr K._____ préconisait une nouvelle opération de l'épaule, laquelle a eu lieu le 2 mars 2011. Elle se réfère en outre à la Recommandation n° 2/86 de la Commission ad hoc sinistres LAA, qu'elle produit, en faisant valoir

que c'est la responsabilité du dernier assureur-accidents qui est engagée tant que le recouvrement du statu quo sine vel ante n'a pas été démontré, alléguant que l'intimée L._____SA n'a en l'espèce pas démontré qu'il y avait eu un retour au statu quo sine vel ante. A titre de moyens de preuve, elle requiert la production du dossier complet de L._____SA et subsidiairement la mise en œuvre d'une expertise médicale.

Un échange de vues a été ouvert le 9 novembre 2011 avec l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) au sujet de la compétence de la Cour de céans. Par avis du 17 novembre 2011, l'OFSP a exposé qu'à ses yeux, c'était à juste titre que la recourante s'était adressée à la Cour des assurances sociales.

Un délai de réponse a alors été imparti à l'intimée. Dans sa réponse du 16 décembre 2011, elle conclut au rejet du recours. En substance, elle conteste l'affirmation selon laquelle il n'y aurait pas d'altération anatomique de l'épaule droite décelée après l'accident de 2005 fondée sur le rapport d'arthro-IRM du 22 décembre 2010, dans la mesure où il s'agit du premier examen de ce type réalisé. Faute d'examen adéquats pour les suites des accidents/événements de 1998, 1999, 2001 et 2005, la recourante ne peut pas conclure que les lésions sont uniquement consécutives à l'événement de 2010. Elle relève que selon son médecin-conseil, les lésions mises en évidence le 22 décembre 2010 sont très anciennes, et que le Dr L._____ relevait déjà le 2 février 2001 que l'image radiologique du 15 août 1999 montrait des lésions tant sur le versant huméral que sur le versant glénoïdien d'allure ancienne qui étaient à mettre sur le compte d'un état antérieur. Elle note encore que de l'avis du Dr F._____, l'événement du 8 décembre 2010 n'est pas forcément adéquat pour luxer une épaule normale mais uniquement le révélateur d'une instabilité au vu des lésions anciennes mises en évidence à l'arthro-IRM du 22 décembre 2010. Elle en déduit qu'il était donc parfaitement justifié de considérer que le statu quo sine était rétabli le 26 décembre 2010. Elle observe encore que de l'avis des médecins-conseils de la recourante, c'est la première luxation qui est responsable des lésions traumatiques qui ont entraîné des lésions récidivantes. Elle relève enfin

que selon les recommandations citées par la recourante, dans la mesure où l'opération de stabilisation de l'épaule droite était clairement indiquée depuis 2001 déjà, il appartient à U._____SA de la prendre en charge.

Dans sa réplique du 28 mars 2012, U._____SA rappelle qu'il y a eu une longue période de latence entre l'événement de 2005 pris en charge par elle et la chute de décembre 2010. Elle soutient dès lors que comme l'assuré n'avait plus de traitement médical ni d'incapacité de travail depuis plusieurs années, L._____SA devait mettre en œuvre une expertise, le statu quo sine n'étant pas facile à recouvrer s'agissant d'affections touchant des articulations aussi sensibles que celles de l'épaule.

Dans sa duplique du 1^{er} mai 2012, L._____SA relève qu'il s'était écoulé près de quatre ans entre les deux derniers événements assurés par U._____SA, sans traitement ni incapacité de travail, sans que cela ne soulève la moindre interrogation. Elle répète que les lésions qui ont justifié l'intervention du 2 mars 2011 sont anciennes, préexistantes au dernier événement du 8 décembre 2010. Elle est ainsi d'avis que les faits sont suffisamment établis sans qu'il ne soit nécessaire de mettre en œuvre une expertise médicale. Pour elle, le statu quo sine était sans doute rétabli le 9 décembre 2010 déjà, si bien qu'elle a parfaitement rempli ses obligations en admettant une prise en charge jusqu'à la fin de l'incapacité de travail y relative, le 26 décembre 2010.

Le 8 mai 2012, le juge instructeur a ordonné l'intervention d'office de l'assuré. Les écritures des parties lui ont été communiquées et un délai lui a été imparti pour déposer ses déterminations les concernant, ainsi que pour produire toute pièce éventuelle et présenter ses réquisitions.

Par écriture du 5 juin 2012, l'assuré a indiqué qu'il n'entendait pas prendre parti, en précisant que son intervention du 2 mars 2011 avait été prise en charge par son assurance-maladie, alors que de l'avis du Dr K._____, elle aurait dû être prise en charge par un assureur-accidents.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé le 3 novembre 2011 contre la décision sur opposition du 3 octobre 2011, le recours a été interjeté en temps utile. Pour le surplus répondant aux prescriptions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le présent recours est recevable. Le Tribunal fédéral a en outre statué que la question de savoir si l'assureur-accidents qui a rendu la décision de refus de prestations est tenu de fournir des prestations à la personne assurée doit être jugée par le tribunal. Cela signifie que l'autre assureur-accidents concerné par cette décision est légitimé «pro destinataire» à recourir. Cet assureur a un intérêt juridique personnel indépendant à s'opposer, respectivement à recourir, puisqu'il doit compter avec la possibilité que la personne assurée fera valoir à son encontre ses droits relatifs aux prestations d'assurances invoqués en raison des atteintes à la santé qui subsistent (cf. 8C_606/2007 du 27 août 2008, résumé in SVR 2009 UV Nr. 5 p. 16 ss). *Hotela* est donc fondée à recourir in casu.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53, confirmé par TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009, consid. 2.1).

b) Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 3 octobre 2011, à mettre un terme à ses prestations au 26 décembre 2010, singulièrement à refuser d'intervenir pour l'opération du 2 mars 2011 et ses suites.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la présente loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références; TF 8C_432/2007 du 28 mars 2008, consid. 3.2.1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité

naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009, consid. 3.1). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008, consid. 3.1 et les références).

Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3 et les références); le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «*post hoc, ergo propter hoc*»; cf. ATF 119 V 335, consid. 2b/bb; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009, consid. 2.2).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références; ATF 129 V 177 précité consid. 3.2; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009, consid. 2). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate

se confond pratiquement avec la causalité naturelle (cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.1 in fine et les références).

b) En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, le paiement d'indemnités journalières (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202]; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents: art. 21 LAA). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les arrêts cités; TF 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009, consid. 5.3). Les rechutes et les séquelles tardives se rattachent par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c p. 296 et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points

litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3; cf. TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011, consid. 5).

4. En l'occurrence, l'intimée L. _____ SA a pris en charge l'événement du 8 décembre 2010. La recourante prétend cependant qu'elle est également tenue de prendre en charge l'intervention du 2 mars 2011 et ses suites, en faisant valoir que le statu quo sine n'était pas atteint le 26 décembre 2010. Or il apparaît que tant l'assuré dans son courrier à l'intimée du 23 décembre 2010 que tous les médecins qui se sont prononcés sur la capacité de travail s'accordent sur le fait que l'assuré a présenté une incapacité de travail du 8 décembre 2010 au 26 décembre 2010 (cf. rapports médicaux du Dr D. _____ du 10 janvier 2011 et des Drs K. _____ et D. _____ du 17 février 2011). S'il est exact qu'une nouvelle opération a été proposée par le Dr K. _____ le 2 mars 2011 (cf. rapport médical du 21 février 2011), il apparaît que celle-ci n'est pas en relation de causalité avec l'événement du 8 décembre 2010. Il ressort en effet du dossier que l'assuré a subi un premier événement accidentel le 13 octobre 1998 à l'occasion d'une chute à snowboard, à la suite de laquelle une luxation antéro-interne de l'épaule droite a été diagnostiquée (cf. rapport médical initial LAA du Dr Q. _____ du 11 décembre 1998). L'assuré est à nouveau tombé le 15 août 1999, se luxant une nouvelle fois l'épaule droite. Il a alors bénéficié en urgence d'une réduction après luxation de l'épaule droite (cf. rapport médical du Dr V. _____ du 11 octobre 2000). De l'avis du Dr L. _____ dans son rapport médical du 2 février 2001 à U. _____ SA, l'événement du 15 août 1999 pouvait être responsable d'un phénomène de luxation antérieure d'une épaule saine. Le 19 août 2001, l'assuré s'est à nouveau luxé l'épaule droite. A cette occasion, le Dr S. _____ a proposé une cure de luxation récidivante de cette épaule, en priant U. _____ SA de lui confirmer qu'elle prendrait en charge une éventuelle opération de luxation récidivante,

puisque c'était elle qui avait assuré le premier accident de 1999 (cf. rapport médical initial LAA du 5 septembre 2001 du Dr S. _____). A cela s'ajoute que de l'avis du médecin-conseil d'U. _____ SA lui-même, l'accident principal sur l'épaule droite était survenu le 13 octobre 1998, suivi d'un second accident en 1999. Ce praticien notait à cet égard que depuis lors, l'assuré se luxait sans arrêt. La conclusion du médecin-conseil d'U. _____ SA était claire: l'opération concernant l'épaule droite était donc à charge d'U. _____ SA. L'assuré a subi un quatrième événement du même type le 25 mai 2005. A nouveau, le diagnostic de luxation antérieure de l'épaule droite a été posé (cf. rapport médical initial LAA du Dr A. _____ du 14 juin 2005). A cette occasion, le Dr H. _____ a indiqué à deux reprises que l'indication à une opération de stabilisation était donnée (cf. rapports médicaux de ce médecin des 15 juin 2005 et 23 août 2005). Cette appréciation a été confirmée par avis du 8 novembre 2005 du médecin-conseil d'U. _____ SA, le Dr R. _____, qui a observé que vu que l'opération de l'épaule droite n'avait jamais été faite, la causalité restait valable, donc probable, d'autant plus que le dernier événement [de mai 2005] était révélateur d'une instabilité, mais non approprié pour luxer une épaule normale. Le médecin-conseil de la recourante U. _____ SA posait la conclusion claire selon laquelle l'opération de cette épaule était à charge d'U. _____ SA. Dans ces conditions, il convient de constater avec le médecin-conseil de l'intimée que l'événement du 8 décembre 2010 n'a fait que décompenser la situation, alors que les troubles présentés par l'assuré lui étaient préexistants. Quant à l'opération, elle est, de l'avis constant des médecins consultés par l'assuré (Drs S. _____, Dr H. _____) et des médecins-conseils d'U. _____ SA, à charge de la recourante.

La recourante se prévaut du fait que le dernier événement traumatique remonte à 2005. Or avant de subir une nouvelle luxation de l'épaule en mai 2005, l'assuré ne se l'était plus luxé depuis août 2001, soit durant près de quatre ans. L'argument du temps de latence entre l'événement de 2005 et celui de 2010 n'est donc pas pertinent dans le cas d'espèce, dès lors que l'assuré était déjà demeuré durant une période presque équivalente sans traitement ni incapacité de travail.

La recourante fait encore valoir qu'il n'y avait pas d'altération anatomique de l'épaule droit décelée après l'accident de 2005, contrairement à celui de 2010. Or cet argument ne résiste pas à l'examen: il apparaît en effet que l'arthro-IRM pratiquée le 22 décembre 2010 est le premier examen de ce type subi par l'assuré, si bien que jusqu'ici, une éventuelle lésion n'avait pas pu être mise en évidence. Par ailleurs, les lésions constatées à cette occasion sont anciennes. Ainsi le Dr C. _____ a constaté que le bourrelet glénoïdien antérieur était pratiquement inexistant, tronqué, soit hypoplasique, soit emporté au cours d'un des épisodes de luxation. Cette appréciation rejoint celle du Dr L. _____, qui constatait déjà en 2001 que le bilan radiologique du 15 août 1999 montrait un remaniement de l'humérus proximal ainsi qu'une image compatible avec un arrachement du bord inférieur de la glène qui étaient anciens (cf. son rapport médical du 2 février 2001 à U. _____ SA).

La recourante se réfère enfin aux recommandations pour l'application de la LAA et de l'OLAA, établies par la Commission ad hoc des sinistres LAA, au sujet des lésions corporelles assimilées à un accident (no 2/86, révisé le 9 février 2009; ci-après: les recommandations LAA/OLAA). Selon ces recommandations, «en cas de luxations de l'épaule et de lésions corporelles récidivantes similaires, les frais de guérison et les indemnités journalières doivent être dédommagées par l'assurance-accidents tenu de verser des prestations pour le dernier événement respectif (accident ou événement assimilé à un accident) jusqu'à ce que le statu quo sine ou ante soit atteint. Si la seule obligation de l'assureur-accidents de verser des prestations pour le dernier événement apparaît comme choquante - par exemple, parce qu'une opération, qui aurait été clairement indiquée déjà après l'événement précédent, n'a pas été effectuée pour des raisons personnelles ou professionnelles - ainsi que dans le cas d'indemnités pour atteinte à l'intégrité ou d'invalidité, déclenchées lors du dernier événement, mais devant être attribuées partiellement aussi aux suites d'événements précédents, il y a lieu de rechercher un accord, en appliquant par analogie l'art. 100 OLAA (cf. recommandation no. 3/89).»

Il convient en premier lieu de rappeler que la jurisprudence considère que de telles recommandations n'ont pas valeur d'ordonnances administratives ni de directives d'une autorité de surveillance aux autorités d'exécution de la loi. Il s'agit de simples recommandations qui ne lient pas le juge (ATF 114 V 315 consid. 5c p. 318).

Quoi qu'il en soit, la recommandation alléguée par la recourante tend en réalité à confirmer que la prise en charge de l'opération en cause lui incombe, dès lors qu'ainsi qu'on l'a vu, tant les médecins de l'assuré que les médecins-conseils d'U. _____ SA étaient d'avis, en 2001 déjà, avis confirmé en 2005, que l'opération de l'épaule droite était clairement indiquée.

Il apparaît ainsi que l'intimée était fondée à refuser d'intervenir pour l'opération du 2 mars 2011 et ses suites. La décision attaquée n'est dès lors pas critiquable et le recours se révèle mal fondé.

5. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner un complément d'instruction sous la forme d'une expertise comme le requiert la recourante. Le tribunal peut en effet renoncer à l'administration d'une preuve s'il acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante, et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157; 130 II 425 consid. 2 p. 428; voir aussi par ex. arrêts 8C_361/2009 du 3 mars 2010, consid. 3.2 et 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2).

6. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision attaquée du 3 octobre 2011.

Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA) ni alloué de dépens, vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 3 octobre 2011 par L. _____ SA est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Didier Elsig (pour U. _____ SA),
- L. _____ SA,
- O. _____,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :